

Beth Israel Lahey Health



# Δήλωση περί Πρακτικών Απορρήτου

[Notice of Privacy Practices – Greek]



**Δήλωση περί Πρακτικών Απορρήτου του Νόμου περί Φορητότητας και Υπευθυνότητας της Ασφάλισης Υγείας (HIPAA)**

**ΑΥΤΗ Η ΔΗΛΩΣΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΕΙ ΠΩΣ ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΘΟΥΝ ΚΑΙ ΝΑ ΕΜΦΑΝΙΣΤΟΥΝ ΟΙ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΕΣΑΣ ΚΑΙ ΜΕ ΠΟΙΟ ΤΡΟΠΟ ΜΠΟΡΕΙΤΕ ΝΑ ΕΧΕΤΕ ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΣΕ ΑΥΤΕΣ ΤΙΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ. ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΕΛΕΓΏΤΕ ΤΟ ΠΡΟΣΕΚΤΙΚΑ.**

Εάν έχετε τυχόν απορίες σχετικά με αυτή τη δήλωση, παρακαλώ επικοινωνήστε με το κατάλληλο ίδρυμα ιατρικής περίθαλψης που βρίσκεται στο επισυναπτόμενο πρόγραμμα.

Αυτή η δήλωση περιγράφει τις πρακτικές:

- Όλων των καλυπτόμενων από το Beth Israel Lahey Health οντοτήτων και των συμμετεχόντων οργανωμένης ρύθμισης ιατρικής φροντίδας. («BILH Οντότητες»). Η λίστα αυτών των οντοτήτων μπορεί να βρεθεί στο επισυναπτόμενο πρόγραμμα στο τέλος αυτής της δήλωσης. Όλες αυτές οι οντότητες, οι ιστοτόποι και οι τοποθεσίες ίσως κάνουν κοινή χρήση των ιατρικών πληροφοριών μεταξύ τους για λόγους θεραπείας, πληρωμής ή για σκοπούς λειτουργιών ιατρικής περίθαλψης οι οποίοι περιγράφονται σε αυτή τη δήλωση.
- Οποιοδήποτε επαγγελματία υγείας ο οποίος είναι εξουσιοδοτημένος να καταχωρεί πληροφορίες στο αρχείο υγείας σας για λογαριασμό αυτών των οντοτήτων.
- Όλων των τμημάτων και των μονάδων αυτών των οντοτήτων.
- Οποιοδήποτε μέλος μιας εθελοντικής ομάδας η οποία συμβάλλει στη φροντίδα σας.
- Όλων των εργαζομένων, του προσωπικού και του λοιπού προσωπικού αυτών των οντοτήτων.

Αυτή η δήλωση περιγράφει τους τρόπους με τους οποίους μπορεί να χρησιμοποιήσουμε ή να εμφανίσουμε τις ιατρικές πληροφορίες σας. Περιγράφει, επίσης, τα δικαιώματά σας και ορισμένες υποχρεώσεις που έχουμε σχετικά με τη χρήση και την εμφάνιση των ιατρικών πληροφοριών σας.

**Είμαστε υποχρεωμένοι από το νόμο να:**

- διασφαλίσουμε ότι οι ιατρικές πληροφορίες που σας αφορούν διατηρούνται απόρρητες;
- σας δώσουμε αυτή τη δήλωση των νομικών καθηκόντων και των πρακτικών απορρήτου μας, όσον αφορά τις ιατρικές πληροφορίες που σας αφορούν;

- σας ειδοποιήσουμε εάν υπάρξει παραβίαση των μη ασφαλών προσωπικών πληροφοριών υγείας;
  - ακολουθήσουμε τους όρους της δήλωσης που είναι αυτή τη στιγμή σε ισχύ.
- **ΠΩΣ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΟΥΜΕ Ή ΝΑ ΕΜΦΑΝΙΣΟΥΜΕ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΕΣΑΣ.**

Το παρακάτω κείμενο περιγράφει διαφορετικούς τρόπους με τους οποίους μας επιτρέπεται να χρησιμοποιούμε και να εμφανίζουμε ιατρικές πληροφορίες. Για κάθε κατηγορία χρήσης ή εμφάνισης, θα εξηγήσουμε τι εννοούμε και θα προσπαθούμε να δώσουμε ορισμένα παραδείγματα. Δεν θα παρατίθεται κάθε χρήση ή εμφάνιση σε μία κατηγορία. Παρόλα αυτά, όλοι οι τρόποι με τους οποίους μας επιτρέπεται να χρησιμοποιούμε ή να εμφανίζουμε πληροφορίες θα συμπεριλαμβάνονται σε μία από αυτές τις κατηγορίες.

- **Για Θεραπεία.** Ίσως χρησιμοποιήσουμε τις ιατρικές πληροφορίες σας ώστε να σας παρέχουμε ιατρική θεραπεία ή υπηρεσίες. Ίσως εμφανίσουμε ιατρικές πληροφορίες σχετικά με εσάς σε γιατρούς, νοσηλευτές, τεχνικούς, μαθητές ιατρικής ή σε άλλο ιατρικό προσωπικό το οποίο εμπλέκεται στη φροντίδα προς εσάς στις Οντότητες ΒΙΛΗ ή εκτός Οντοτήτων ΒΙΛΗ. Ίσως, επίσης, μοιραστούν από διαφορετικά τμήματα και παρόχους, ιατρικές εξετάσεις που σας αφορούν, έτσι ώστε να συντονιστούν διαφορετικές υπηρεσίες / θεραπείες που χρειάζεστε, όπως ιατρικές συνταγές, εργαστηριακές εργασίες και ακτινογραφίες. Ίσως εμφανίσουμε, επίσης, ιατρικές πληροφορίες για εσάς σε ανθρώπους που μπορεί να εμπλέκονται στη διατήρηση της υγείας σας ή της ευζωίας σας, όπως μέλη της οικογένειας, φίλοι, υπηρεσίες υγείας στο σπίτι, υπηρεσίες υποστήριξης, κληρικούς, προμηθευτές ιατρικού εξοπλισμού ή άλλους ανθρώπους που παρέχουν υπηρεσίες οι οποίες είναι απαραίτητες για την ευζωία σας.
- **Για Πληρωμή.** Ίσως χρησιμοποιήσουμε και εμφανίσουμε τις ιατρικές πληροφορίες σας έτσι ώστε να τιμολογηθεί η θεραπεία και οι υπηρεσίες που λαμβάνετε στις Οντότητες ΒΙΛΗ και η πληρωμή να μπορεί να πραγματοποιηθεί από εσάς, από μια ασφαλιστική εταιρεία ή από τρίτους. Ίσως ενημερώσουμε σχετικά με το ιατρικό σας πλάνο που αφορά μια θεραπεία που πρόκειται να λάβετε, έτσι ώστε να αποκτήσετε προηγούμενη έγκριση ή να προσδιορίσει εάν το πλάνο θα καλύψει τη θεραπεία. Επίσης, μπορεί να δώσουμε πληροφορίες σε κάποιον ο οποίος βοηθάει οικονομικά για την υγεία σας.
- **Για Λειτουργίες Ιατρικής Περιθάλψης.** Ίσως χρησιμοποιήσουμε και εμφανίσουμε τις ιατρικές πληροφορίες σας για επαγγελματικά καθήκοντα τα οποία είναι απαραίτητα για τις λειτουργίες μας, συμπεριλαμβανομένης, για παράδειγμα, της βελτίωσης της ποιότητας φροντίδας την οποία παρέχουμε, της εκπαίδευσης

προσωπικού και μαθητών, της παροχής εξυπηρέτησης πελατών ή της διεξαγωγής των απαιτούμενων επαγγελματικών καθηκόντων, έτσι ώστε να εξυπηρετούμε καλύτερα τους ασθενείς μας και την κοινότητα. Επίσης, μπορεί να μοιραστούμε τις ιατρικές πληροφορίες σας με άλλους τους οποίους προσλαμβάνουμε να μας βοηθούν στην παροχή υπηρεσιών και προγραμμάτων.

### **Άλλα Παραδείγματα Λειτουργιών Ιατρικής Περιθαλψης**

- **Υπενθύμηση Ραντεβού.** Ίσως χρησιμοποιήσουμε και εμφανίσουμε ιατρικές πληροφορίες για να επικοινωνήσουμε μαζί σας υπενθυμίζοντάς σας ότι έχετε κλείσει ένα ραντεβού για θεραπεία ή ιατρική φροντίδα.
- **Εναλλακτικές Θεραπείες.** Ίσως χρησιμοποιήσουμε και εμφανίσουμε ιατρικές πληροφορίες για να σας ενημερώσουμε ή να σας προτείνουμε πιθανές επιλογές θεραπείας ή οφέλη σχετικά με την υγεία σας που μπορεί να σας ενδιαφέρουν.
- **Δραστηριότητες Εράνου.** Ίσως χρησιμοποιήσουμε περιορισμένες πληροφορίες για εσάς (συμπεριλαμβανομένων των δημογραφικών πληροφοριών, ημερομηνία γέννησης, ημερομηνίες υπηρεσιών, τμήμα υπηρεσίας, θεραπεία ιατρού ή πληροφορίες σχετικά με το αποτέλεσμα) έτσι ώστε να επικοινωνήσουν μαζί σας σε μια προσπάθεια συγκέντρωσης χρημάτων για τις Οντότητες BILH και τις λειτουργίες της. Εάν δεν θέλετε να επικοινωνούμε μαζί σας για προσπάθειες συγκέντρωσης χρημάτων, παρακαλώ επικοινωνήστε με το αρμόδιο γραφείο εράνων του ιδρύματος ιατρικής περιθαλψης το οποίο βρίσκεται στο επισυναπτόμενο πρόγραμμα.
- **Νοσοκομειακό Ευρετήριο.** Ίσως συμπεριλάβουμε ορισμένες περιορισμένες πληροφορίες για εσάς στο νοσοκομειακό ευρετήριο καθώς είστε νοσηλεύόμενος ασθενής στο νοσοκομείο. Αυτές οι πληροφορίες ίσως αφορούν το όνομά σας, την τοποθεσία μέσα στο νοσοκομείο, την γενικότερη κατάστασή σας (π.χ. καλός, τίμιος, κλπ) καθώς και τις θρησκευτικές σας πεποιθήσεις. Οι πληροφορίες ευρετηρίου, εκτός των θρησκευτικών σας πεποιθήσεων, μπορεί να δοθούν σε ανθρώπους οι οποίοι σας αναζητούν με το όνομά σας. Το όνομά σας μπορεί να δοθεί σε ένα μέλος των κληρικών, ακόμα και εάν δεν σας αναζητήσουν με το όνομά σας. Εάν δεν θέλετε να συμπεριληφθείτε στο ευρετήριο του νοσοκομείου, παρακαλώ επικοινωνήστε με τη νοσηλεύτριά σας. Σε περιπτώσεις καταστροφής οι οποίες περιλαμβάνουν πολλά θύματα, μπορεί να δώσουμε γενικότερες πληροφορίες, όπως: στο νοσοκομείο νοσηλεύονται τέσσερα άτομα από το ατύχημα.
- **Έρευνα.** Ίσως εμφανίσουμε πληροφορίες σε ερευνητές όταν ένα θεσμικό συμβούλιο αναθεώρησης το οποίο έχει αναθεωρήσει την πρόταση της έρευνας και έχει καθιερώσει πρωτόκολλα έτσι ώστε να διασφαλίσει το απόρρητο των ιατρικών πληροφοριών σας, έχει εγκρίνει την έρευνα.

- **Όπως Απαιτείται Από Το Νόμο.** Θα εμφανίσουμε τις ιατρικές σας πληροφορίες όταν απαιτείται από το ομοσπονδιακό, πολιτειακό ή τοπικό δίκαιο.
- **Για Να Αποτρέψουμε Μια Σοβαρή Απειλή Στην Υγεία ή Την Ασφάλεια.** Τσως χρησιμοποιήσουμε ή εμφανίσουμε τις ιατρικές σας πληροφορίες όταν κρίνεται απαραίτητο έτσι ώστε να αποτρέψουμε μια σοβαρή απειλή για την υγεία και την ασφάλειά σας ή την υγεία και ασφάλεια του κοινού ή κάποιου άλλου προσώπου. Οποιαδήποτε αποκάλυψη, παρόλα αυτά, θα γίνει μόνο σε κάποιον ο οποίος θα είναι σε θέση να βοηθήσει στην πρόληψη βλάβης.
- **Ειδικές Περιπτώσεις.** Τσως εμφανίσουμε ιατρικές πληροφορίες για εσάς σε μία οντότητα η οποία βοηθάει σε περίπτωση ενίσχυσης από καταστροφή, έτσι ώστε η οικογένειά σας να μπορεί να πληροφορηθεί την κατάστασή σας και την τοποθεσία.
- **Δωρεά Οργάνων και Ιστού.** Εάν είστε ενδεχόμενος δωρητής οργάνων, ίσως αποκαλύψουμε κάποιες πληροφορίες σε οργανισμούς οι οποίοι διαχειρίζονται την προμήθεια οργάνων ή τη μεταμόσχευση οργάνων, ματιών ή ιστού ή σε τράπεζα δωρεάς οργάνων, όπως απαιτείται, για να διευκολυνθεί η δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων και ιστού.
- **Στρατιωτικοί και Βετεράνοι.** Εάν είστε μέλος των ενόπλων δυνάμεων, μπορεί να αποκαλύψουμε τις ιατρικές σας πληροφορίες όπως απαιτείται από το νόμο. Μπορεί, επίσης, να αποκαλύψουμε στην κατάλληλη ξένη στρατιωτική αρχή, όπως απαιτείται από το νόμο, ιατρικές πληροφορίες στρατιωτικού προσωπικού ξένων χωρών.
- **Αποζημίωση Εργαζομένων.** Τσως εμφανίσουμε τις ιατρικές πληροφορίες σας για την αποζημίωση εργαζομένων ή για παρόμοια προγράμματα. Αυτά τα προγράμματα παρέχουν οφέλη για τραυματισμούς ή αρρώστιες που σχετίζονται με την εργασία.
- **Κίνδυνοι Δημόσιας Υγείας.** Τσως εμφανίσουμε τις ιατρικές σας πληροφορίες, όταν ζητηθεί, για δραστηριότητες που αφορούν τη δημόσια υγεία. Αυτές οι δραστηριότητες περιλαμβάνουν γενικά τα παρακάτω:
  - να αποτρέψουν ή να ελέγξουν αρρώστια, τραυματισμό ή αναπηρία;
  - να αναφέρουν γεννήσεις και θανάτους;
  - να αναφέρουν κακοποίηση και/ ή παραμέληση ενός παιδιού, ηλικιωμένου ή ανάπηρου προσώπου;
  - να αναφέρουν αντιδράσεις σε φάρμακα ή προβλήματα με προϊόντα;
  - να ειδοποιήσουν τους ανθρώπους για ανακλήσεις προϊόντων που μπορεί να χρησιμοποιούν;
  - να ειδοποιήσουν ένα άτομο που έχει εκτεθεί σε μια ασθένεια ή μπορεί να βρίσκεται σε κίνδυνο σύλληψης ή διάδοσης μιας ασθένειας ή μιας πάθησης.

- **Δραστηριότητες Επίβλεψης Υγείας.** Ίσως εμφανίσουμε τις ιατρικές σας πληροφορίες, όταν ζητηθεί, σε κάποιον οργανισμό επίβλεψης υγείας για δραστηριότητες εξουσιοδοτημένες από το νόμο. Αυτές οι δραστηριότητες επίβλεψης περιλαμβάνουν ακροάσεις, πιστοποιητικά, έρευνες, επιθεωρήσεις και αδειοδότηση. Αυτές οι δραστηριότητες είναι απαραίτητες ώστε η κυβέρνηση να ελέγχει το σύστημα υγείας, τα κυβερνητικά προγράμματα και να συμμορφώνεται με τους νόμους περί αστικών δικαιωμάτων.
- **Αγωγές και Διαφωνίες.** Εάν εμπλέκεστε σε αγωγή ή διαφωνία, ίσως εμφανίσουμε τις ιατρικές σας πληροφορίες σε εντολή του δικαστηρίου. Κάτω υπό συγκεκριμένες συνθήκες, ίσως εμφανίσουμε τις ιατρικές πληροφορίες σας ως απάντηση σε μία κλήτευση ή σε κάποια άλλη νομική διαδικασία, αλλά αυτό θα το κάνουμε μόνο εάν προηγουμένως έχουν γίνει προσπάθειες για να ενημερωθείτε για το αίτημα ή για να λάβετε μια εντολή προστασίας των πληροφοριών που ζητούνται ή εάν εσείς ή κάποιο δικαστήριο παρέχει γραπτή εξουσιοδότηση.
- **Επιβολή του Νόμου.** Ίσως εμφανίσουμε τις ιατρικές πληροφορίες σας εάν μας ζητηθεί από έναν αξιωματούχο επιβολής του νόμου, εάν επιτρέπεται από το νόμο:
  - ως απάντηση σε μια δικαστική εντολή, κλήτευση, ένταλμα, κλήσεις ή παρόμοιες διαδικασίες;
  - για να αναγνωρίσει ή να εντοπίσει έναν ύποπτο, φυγά, βασικό μάρτυρα ή άτομο που αγνοείται;
  - σχετικά με το θύμα εγκλήματος εάν, κάτω από συγκεκριμένες περιορισμένες περιπτώσεις, δεν μπορούμε να λάβουμε τη συγκατάθεση του ατόμου;
  - σχετικά με ένα θάνατο που πιστεύουμε ότι ίσως είναι αποτέλεσμα εγκληματικής ενέργειας;
  - σχετικά με εγκληματική ενέργεια στην Οντότητα BILH και
  - σε επείγουσες περιπτώσεις: την αναφορά εγκλήματος, την τοποθεσία του εγκλήματος ή των θυμάτων, ή την αναγνώριση, την περιγραφή ή την τοποθεσία του ατόμου που διέπραξε το έγκλημα.
- **ΙΑτροδικαστές, Ιατρικοί Εξεταστές και Λειτουργοί Κηδεϊών.** Ίσως αποκαλύψουμε ιατρικές πληροφορίες σε έναν ιατροδικαστή ή ιατρικό εξεταστή. Αυτό μπορεί να είναι απαραίτητο, για παράδειγμα, για να αναγνωριστεί ένα νεκρό άτομο ή για να καθοριστεί η αιτία θανάτου. Επίσης μπορεί να αποκαλύψουμε ιατρικές πληροφορίες σε λειτουργούς κηδεϊών ή σε άλλους υποψηφίους έτσι ώστε να μπορέσουν να αναλάβουν τα καθήκοντά τους.

- **Δραστηριότητες Εθνικής Ασφάλειας και Πληροφοριών.** Εάν επιτρέπεται από το νόμο, μπορεί να φανερώσουμε τις ιατρικές πληροφορίες σας σε εξουσιοδοτημένους ομοσπονδιακούς αξιωματούχους για πληροφορίες, αντικατασκοπία και άλλες δραστηριότητες εθνικής ασφάλειας οι οποίες είναι εξουσιοδοτημένες από το νόμο.
- **Υπηρεσίες Προστασίας για τον Πρόεδρο και για Άλλους.** Ίσως εμφανίσουμε τις ιατρικές πληροφορίες σε εξουσιοδοτημένους ομοσπονδιακούς αξιωματούχους έτσι ώστε να παρέχουν προστασία στον Πρόεδρο, σε άλλα εξουσιοδοτημένα άτομα ή σε αρχηγούς ξένων κρατών ή για να πραγματοποιήσουν ειδικές έρευνες, εάν κάτι τέτοιο επιτρέπεται από το νόμο.
- **Φυλακισμένοι.** Εάν είστε φυλακισμένος σε σωφρονιστικό ίδρυμα ή είστε υπό κράτηση ενός αξιωματούχου επιβολής του νόμου, ίσως αποκαλύψουμε ιατρικές πληροφορίες που σας αφορούν στο σωφρονιστικό ίδρυμα ή στον αξιωματούχο επιβολής νόμου, κάτω από συγκεκριμένες συνθήκες εάν αυτό επιτρέπεται από το νόμο. Αυτή η αποκάλυψη των πληροφοριών θα είναι απαραίτητα (1) για το ίδρυμα ώστε να σας παρέχει ιατρική φροντίδα, (2) για την προστασία της υγείας και της ασφάλειάς σας ή την υγεία και την ασφάλεια άλλων, ή (3) για την ασφάλεια και προστασία του σωφρονιστικού ιδρύματος.

## **ΤΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΣΑΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΙΣ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΣΑΣ.**

Έχετε τα παρακάτω δικαιώματα όσον αφορά τις ιατρικές πληροφορίες που έχουμε για εσάς:

- **Δικαίωμα να Δείτε και να Αποκτήσετε ένα Αντίγραφο.** Έχετε δικαίωμα να δείτε και να ζητήσετε αντίγραφο των ιατρικών πληροφοριών σας που μπορεί να χρησιμοποιηθούν ώστε να ληφθούν αποφάσεις σχετικά με τη φροντίδα σας. Αυτό το αίτημα συνήθως περιλαμβάνει αρχεία ιατρικά ή αρχεία χρέωσης, όμως μπορεί να μην περιλαμβάνει σημειώσεις ψυχοθεραπείας.

Για να δείτε και να λάβετε ένα αντίγραφο των ιατρικών πληροφοριών σας το οποίο μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη λήψη αποφάσεων που σας αφορούν, θα πρέπει να καταθέσετε το αίτημά σας γράφοντας στην κατάλληλη Οντότητα BILH που βρίσκεται στο επισημασμένο πρόγραμμα στο τέλος της δήλωσης αυτής. Εάν ζητήσετε ένα αντίγραφο των πληροφοριών, ίσως επιβαρυνθείτε με ένα ποσό για το κόστος αντιγραφής, αποστολής ή άλλων αναλωσίμων που σχετίζονται με το αίτημά σας.

Το αίτημά σας για να δείτε ή να λάβετε αντιγραφο σημειώσεων ψυχοθεραπείας μπορεί να απορριφθεί σε κάποιες πολύ ιδιαίτερες περιπτώσεις. Εάν απορριφθεί η πρόσβασή σας στις ιατρικές πληροφορίες σας, μπορείτε να ζητήσετε να επανεξεταστεί η απόρριψη. Ένας άλλος αδειοδοτημένος επαγγελματίας υγείας που θα επιλεγεί από την Οντότητα ΒΙΛΗ θα επανεξετάσει το αίτημά σας και την απόρριψη αυτού. Το άτομο που θα πραγματοποιήσει την επανεξέταση του αιτήματός σας δεν είναι το ίδιο άτομο το οποίο την απέρριψε. Θα συμμορφωθούμε με το αποτέλεσμα της επανεξέτασης.

Οι ασθενείς υγείας που βρίσκονται στο σπίτι έχουν επιπλέον δικαιώματα να λαμβάνουν τα αρχεία τους χωρίς χρέωση, έπειτα από αίτημα με την επόμενη επίσκεψή τους στο σπίτι ή με γρήγορο τρόπο.

- **Διατήρηση των Αρχείων.** Η νομοθεσία ορίζει ότι πρέπει να κρατάμε τα νοσοκομειακά αρχεία για τουλάχιστον 20 χρόνια από την τελευταία ημερομηνία που τα έχετε δει. Το αρχείο μπορεί να καταστραφεί μετά από 20 χρόνια εάν δεν υπάρχει δραστηριότητα, όμως η καταστροφή του πρέπει να γίνει με ασφαλή τρόπο προστατεύοντας τις πληροφορίες σας από μη εξουσιοδοτημένη εμφάνιση. Τα βοηθητικά αρχεία, όπως ακτινογραφίες τυπωμένες σε φιλμ, σαρώσεις, άλλα αρχεία απεικόνισης, πρωτογενή δεδομένα ψυχολογικών τεστ, ηλεκτρονικές ταινίες παρακολούθησης εμβρύου, ίχνη ηλεκτροκαρδιογραφήματος, ηλεκτροεγκεφαλογραφήματα και άλλα δείγματα ιχνών που παράχθηκαν έστω να παρουσιάσουν τα αποτελέσματα μιας εξέτασης περιλαμβάνονται σε αναφορές στο νόμιμο ιατρικό αρχείο και μπορεί να καταστραφούν έπειτα από το πέρασ 5 τουλάχιστον ετών από την ημερομηνία των υπηρεσιών. Τα αρχεία από το γραφείο του ιατρού μπορεί να καταστραφούν έπειτα από 7 έτη από την τελευταία ημερομηνία υπηρεσίας σας ή εάν ο ασθενής είναι ανήλικος, τα αρχεία μπορεί να καταστραφούν έπειτα από 7 χρόνια ή όταν ο ασθενής φτάσει την ηλικία των 18.
- **Δικαίωμα Τροποποίησης.** Εάν θεωρείτε ότι οι ιατρικές πληροφορίες που έχουμε για εσάς είναι λάθος ή δεν είναι ολοκληρωμένες, μπορείτε να μας ζητήσετε να τις τροποποιήσουμε. Έχετε το δικαίωμα να ζητήσετε τροποποίηση για όσο οι πληροφορίες διατηρούνται από εμάς ή για λογαριασμό μας. Το αίτημά σας για τροποποίηση θα αποτελέσει νόμιμο μέρος του ιατρικού σας αρχείου, ώστε να αποσταλλεί μαζί με το υπόλοιπο αρχείο όταν υπάρξει αίτημα για παροχή αντιγράφων. Μέρος των γνήσιων εγγράφων στο ιατρικό αρχείο δεν μπορεί να καταστραφεί ή να αλλάξει.
- **Δικαίωμα τροποποίησης.** Για νοσοκομειακά αρχεία, παρακαλώ όπως αποστείλετε το αίτημά σας στο κατάλληλο νοσοκομείο που βρίσκεται στο τέλος αυτής της δήλωσης. Για να ζητήσετε



τροποποίηση του αρχείου στο γραφείο του ιατρού, επικοινωνήστε απευθείας με το γραφείο του ιατρού. Τα αιτήματα για τροποποίηση πρέπει να γίνουν γραπτώς και να δηλώσετε το λόγο για τον οποίο ζητάτε τροποποίηση.

Μπορεί να απορρίψουμε το αίτημά σας για τροποποίηση εάν δεν είναι γραπτώς ή δεν αναφέρει κάποιον λόγο που να υποστηρίζει το αίτημα σας. Μπορεί, επίσης, να απορρίψουμε το αίτημά σας εάν μας ζητήσετε να τροποποιήσουμε πληροφορίες που:

- ο Δεν έχουν δημιουργηθεί από εμάς ή το άτομο ή η οντότητα που τις δημιούργησε δεν είναι πλέον διαθέσιμοι ώστε να κάνουν την τροποποίηση;
  - ο Δεν είναι μέρος των ιατρικών πληροφοριών που διατηρούνται από εμάς ή για λογαριασμό μας;
  - ο Δεν είναι μέρος των πληροφοριών τις οποίες επιτρέπεται να διερευνήσετε και να αντιγράψετε ή
  - ο Είναι ακριβείς και ολοκληρωμένες.
- **Δικαίωμα Αιτήματος Μητρώου Εμφανίσεων.** Έχετε το δικαίωμα να ζητήσετε «μητρώο εμφανίσεων». Αυτό είναι μια λίστα των εμφανίσεων των ιατρικών πληροφοριών σας που έχουμε κάνει, για τις οποίες δεν υπήρχε κάποια εξουσιοδότηση ή δεν αφορούσαν λόγους θεραπείας, πληρωμής ή λειτουργιών ιατρικής περίθαλψης.

Για να ζητήσετε αυτή τη λίστα ή το μητρώο των εμφανίσεων, θα πρέπει να υποβάλλετε αίτημα γραπτώς στην κατάλληλη Οντότητα BILH η οποία βρίσκεται στη λίστα στο τέλος αυτής της δήλωσης. Το αίτημά σας πρέπει να αναφέρει μια χρονική περίοδο, η οποία δεν θα είναι μεγαλύτερη από 6 χρόνια και δεν θα περιλαμβάνει ημερομηνίες πριν τις 14 Απριλίου 2003. Το αίτημά σας θα πρέπει να υποδηλώνει σε τι μορφή θα θέλατε τη λίστα (για παράδειγμα, εγγράφως, ηλεκτρονικά). Η πρώτη λίστα την οποία θα ζητήσετε μέσα σε χρονικό διάστημα 12 μηνών θα είναι δωρεάν. Για επιπλέον λίστες, μπορεί να χρεωθείτε με τα κόστη παροχής για αυτή τη λίστα. Θα σας ενημερώσουμε για το κόστος αυτό και μπορείτε να επιλέξετε να αποσύρετε ή να τροποποιήσετε το αίτημά σας τη στιγμή εκείνη, προτού χρεωθεί το επιπλέον κόστος.
  - **Δικαίωμα Αιτήματος Περιορισμών.** Έχετε το δικαίωμα να ζητήσετε απαγόρευση ή περιορισμό στις ιατρικές πληροφορίες που χρησιμοποιούμε ή εμφανίζουμε σχετικά με εσάς όσον αφορά θεραπεία, πληρωμή ή λειτουργίες ιατρικής περίθαλψης. Έχετε, επίσης, το δικαίωμα να ζητήσετε περιορισμό στις ιατρικές πληροφορίες που αποκαλύπτουμε για εσάς σε κάποιον που εμπλέκεται με την υγεία σας ή την πληρωμή της φροντίδας σας, όπως ένα μέλος της οικογένειας ή κάποιος φίλος.

Εκτός από όσα αναφέρονται παρακάτω, δεν υποχρεούμαστε να συμφωνήσουμε με το αίτημά σας για απαγορεύσεις. Εάν συμφωνήσουμε, θα συμμορφωθούμε με το αίτημά σας εκτός και αν οι πληροφορίες είναι απαραίτητες για την παροχή άμεσης

θεραπείας σε εσάς. Σύμφωνα με το νόμο, πρέπει να συμφωνήσουμε με το αίτημά σας για απαγόρευση εμφάνισης των ιατρικών πληροφοριών σας σε ένα πλάνο υγείας εάν η εμφάνιση είναι (1) για σκοπό διεξαγωγής πληρωμής ή λειτουργιών ιατρικής περίθαλψης, (2) δεν επιβάλλεται με άλλο τρόπο από το νόμο και (3) για είδος ή υπηρεσία για το οποίο έχετε κάνει ολόκληρη την πληρωμή.

Για να ζητήσετε απαγορεύσεις, πρέπει να κάνετε το αίτημά σας γραπτώς στην κατάλληλη Οντότητα BILH που βρίσκεται στη λίστα στο επισυναπτόμενο πρόγραμμα στο τέλος αυτής της δήλωσης. Στο αίτημά σας, πρέπει να αναφέρετε (1) τι πληροφορίες θα θέλατε να περιορίσετε, (2) εάν θα θέλατε να περιορίσετε τη χρήση μας, την εμφάνιση ή και τα δύο και (3) σε ποιόν θα θέλατε να εφαρμοστούν οι περιορισμοί, για παράδειγμα, εμφανίσεις στη σύζυγό σας.

- **Δικαίωμα να Ζητήσετε Εμπιστευτική Επικοινωνία.** Έχετε το δικαίωμα να ζητήσετε να επικοινωνούμε μαζί σας για ιατρικά θέματα με συγκεκριμένο τρόπο ή σε συγκεκριμένη τοποθεσία. Για παράδειγμα, μπορείτε να ζητήσετε να επικοινωνούμε μαζί σας μόνο στη δουλειά ή μέσω αλληλογραφίας.

Για να ζητήσετε εμπιστευτική επικοινωνία, πρέπει να κάνετε το αίτημά σας γραπτώς στην κατάλληλη Οντότητα BILH η οποία βρίσκεται στη λίστα στο επισυναπτόμενο πρόγραμμα στο τέλος αυτής της δήλωσης. Δεν θα σας ζητήσουμε τον λόγο για τον οποίο κάνετε αυτό το αίτημα. Είναι στη διακριτική μας ευχέρεια να ικανοποιήσουμε όλα τα αιτήματα τα οποία είναι εύλογα. Το αίτημά σας θα πρέπει να διευκρινίζει πώς ή πού θα θέλατε να ερχόμαστε σε επαφή μαζί σας.

- **Δικαίωμα Αντιγράφου Αυτής Της Δήλωσης.** Έχετε το δικαίωμα να ζητήσετε αντίγραφο της συγκεκριμένης δήλωσης. Μπορείτε να μας ζητήσετε να σας δώσουμε ένα αντίγραφο αυτής της δήλωσης οποιαδήποτε στιγμή. Ακόμα και αν έχετε συμφωνήσει να λάβετε αυτή την αίτηση ηλεκτρονικά, έχετε το δικαίωμα για έντυπο αντίγραφο αυτής της δήλωσης. Μπορείτε να αποκτήσετε ένα αντίγραφο αυτής της δήλωσης από την κατάλληλη Οντότητα BILH που βρίσκεται στη λίστα στο επισυναπτόμενο πρόγραμμα στο τέλος αυτής της δήλωσης.

- **Αλλαγές σε αυτή τη Δήλωση.** Έχουμε δικαίωμα να αλλάξουμε αυτή τη δήλωση. Έχουμε το δικαίωμα να κάνουμε την αναθεωρημένη ή τροποποιημένη δήλωση ισχύουσα για ιατρικές πληροφορίες που έχουμε ήδη για εσάς, όπως επίσης και για οποιαδήποτε πληροφορία θα λάβουμε στο μέλλον. Θα δημοσιεύσουμε ένα αντίγραφο της τρέχουσας δήλωσης. Η δήλωση θα περιλαμβάνει στην πάνω δεξιά γωνία της πρώτης σελίδας, την ημερομηνία ισχύος. Επιπλέον, κάθε φορά που κάνετε εγγραφή ή γίνεστε δεκτοί από το νοσοκομείο για

θεραπεία ή υπηρεσίες ιατρικής περίθαλψης ως εσωτερικός ή εξωτερικός ασθενής, ένα αντίγραφο της δήλωσης η οποία είναι σε ισχύ θα είναι διαθέσιμο κατόπιν αιτήματός σας.

- **Παράπονα.** Εάν θεωρείτε ότι έχουν παραβιαστεί τα δικαιώματά σας περί προστασίας του ιδιωτικού απορρήτου, μπορείτε να υποβάλετε παράπονο στην Οντότητα BILH επικοινωνώντας με την κατάλληλη Οντότητα BILH που βρίσκεται στη λίστα στο επισυναπτόμενο πρόγραμμα στο τέλος αυτής της δήλωσης ή μπορείτε να στείλετε το παράπονο σας στο U.S. Department of Health and Human Services Office για Δικαιώματα του Πολίτη στέλνοντας γράμμα στη διεύθυνση:  
200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, καλώντας στο: 877-696-6775, ή εάν επισκεφτείτε τη σελίδα: <https://www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.html>. Όλα τα παράπονα με τις Οντότητες BILH πρέπει να υποβάλλονται γραπτώς.

**Δεν θα σας επιβληθεί ποινή για την κατάθεση παραπόνου.**

- **Η Δίοδος Πληροφοριών Υγείας της Μασαχουσέτης (Mass HIway).** Συμμετέχουμε στο Mass HIway, μια ηλεκτρονική ανταλλαγή ιατρικών πληροφοριών σε όλη τη χώρα. Το Mass HIway προσφέρει στα γραφεία των ιατρών, στα νοσοκομεία, στα εργαστήρια, στα φαρμακεία, στις εξειδικευμένες νοσηλευτικές εγκαταστάσεις και σε άλλους οργανισμούς ιατρικής περίθαλψης, έναν τρόπο για να μεταφέρουν ηλεκτρονικά ιατρικές πληροφορίες με ασφάλεια και απρόσκοπτα. Θα μας δοθεί η συγκατάθεσή σας για να χρησιμοποιήσουμε το Mass HIway όπως επιβάλλεται από το νόμο τους κράτους.
- **Ειδική Προστασία Εμπιστευτικότητας για Αρχεία Θεραπείας από Προγράμματα Διαταραχής Κατάχρησης Ουσιών.** Εάν έχετε λάβει θεραπεία, διάγνωση ή παραπομπή για θεραπεία από τα προγράμματά μας περι διαταραχής κατάχρησης ουσιών, η εμπιστευτικότητα των αρχείων χρήσης ναρκωτικών ή αλκοόλ προστατεύεται από τον ομοσπονδιακό νόμο και τους κανονισμούς. Ως γενικός κανόνας, δεν θα πούμε σε κάποιο άτομο εκτός προγραμμάτων ότι παρακολουθείτε κάποιο από αυτά τα προγράμματα ή δεν θα αποκαλύψουμε τυχόν πληροφορίες που θα υποδηλώνουν ότι είστε κάποιος που έχει ζητήσει ή λάβει θεραπεία διαταραχής κατάχρησης ουσιών, εκτός και αν:

Εξουσιοδοτείτε γραπτώς την εμφάνιση πληροφοριών, ή

- ο η εμφάνιση επιτρέπεται με δικαστική εντολή, ή
- ο η εμφάνιση γίνεται σε ιατρικό προσωπικό σε παρουσία ανάγκης ιατρικής φύσεως ή σε εξειδικευμένο προσωπικό για σκοπούς έρευνας, ελέγχου ή αξιολόγηση προγράμματος.

Πρέπει επίσης να γνωρίζετε:

1. Τυχόν παραβίαση του ομοσπονδιακού νόμου και κανονισμών από εμάς σχετικά με τη χρήση ναρκωτικών ή αλκοόλ αποτελεί έγκλημα. Υποπτες παραβιάσεις μπορούν να αναφερθούν στον Εισαγγελέα των Ηνωμένων Πολιτειών στο τηλέφωνο 617.748.3100.
2. Πληροφορίες που σχετίζονται με έγκλημα που έχει διαπραχθεί από ασθενή είτε στο πρόγραμμα είτε εναντίον οποιουδήποτε ατόμου που εργάζεται για το πρόγραμμα ή τυχόν απειλές για τη διάπραξη εγκλήματος, δεν προστατεύονται.
3. Αυτοί οι νόμοι δεν προστατεύουν πληροφορίες σχετικά με ύποπτη παιδική κακοποίηση ή αμέλεια αναφοράς στις αρμόδιες αρχές.

Για περισσότερες πληροφορίες δείτε το 42 U.S.C. Ενότητα 290dd-2 και 42 C.F.R., Μέρος 2.

- **Άλλες Χρήσεις Ιατρικών Πληροφοριών.** Άλλες χρήσεις ή εμφανίσεις των ιατρικών πληροφοριών που δεν καλύπτονται από αυτή τη δήλωση ή τους νόμους που μας επιβάλλονται, θα γίνουν μόνο με τη γραπτή συγκατάθεσή σας. Εάν μας δώσετε άδεια να χρησιμοποιήσουμε ή να εμφανίσουμε ιατρικές πληροφορίες που σας αφορούν, μπορείτε να ανακαλέσετε αυτή την άδεια, γραπτώς, ανά πάσα στιγμή. Εάν ανακαλέσετε την άδεια σας, δεν θα χρησιμοποιούμε πλέον και δεν θα εμφανίζουμε τις ιατρικές σας πληροφορίες για τους λόγους που καλύπτονται από την έγγραφη εξουσιοδότησή σας. Καταλαβαίνετε πως είναι ανέφικτο να αναιρέσουμε τυχόν εμφανίσεις που έχουν ήδη πραγματοποιηθεί με την άδειά σας και ότι είμαστε υποχρεωμένοι να διατηρούμε τα αρχεία της φροντίδας που σας έχουμε παρέχει.

## **ΕΙΔΟΠΟΙΗΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΦΥΓΗ ΔΙΑΚΡΙΣΕΩ**

Οι οντότητες του BILH συμμορφώνονται με τους ισχύοντες ομοσπονδιακούς νόμους περί πολιτικών δικαιωμάτων και δεν κάνουν διακρίσεις με βάση τη φυλή, το χρώμα, την εθνική καταγωγή, την ηλικία, την αναπηρία ή το φύλο.

## ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΟΝΤΟΤΗΤΩΝ

Οντότητα Ιατρικής Φροντίδας	Επαφή	Τηλεφωνικός Αριθμός
Addison Gilbert Hospital	Γραμμή Απορρήτου	855-392-5782
Anna Jaques Hospital	Υπεύθυνος Απορρήτου	978-463-1108
Beth Israel Deaconess Medical Center	Γραφείο Συμμόρφωσης και Επιχειρηματικής Συμπεριφοράς	617-667-1897
Beth Israel Deaconess Hospital - Milton	Γραφείο Συμμόρφωσης	617-313-1287
Beth Israel Deaconess Hospital - Needham	Γραφείο Συμμόρφωσης	781-453-5436
Beth Israel Deaconess Hospital - Plymouth	Γραφείο Συμμόρφωσης και Επιχειρηματικής Συμπεριφοράς	508-210-5942
BIDMC Pharmacy, Inc.	Γραφείο Συμμόρφωσης και Επιχειρηματικής Συμπεριφοράς	617-667-1897
BID - Milton Physician Associates	Γραφείο Συμμόρφωσης	617-313-1287
CareGroup Parmenter Home Care & Hospice, Inc. d/b/a BILH at Home - Watertown	Γραμμή Απορρήτου	855-392-5782
Community Physician Associates	Γραφείο Συμμόρφωσης	617-313-1287
Concord Specialists, LLC	Γραμμή Απορρήτου	855-392-5782
Harvard Medical Faculty Physicians at Beth Israel Deaconess Medical Center, Inc.	Γραμμή Βοήθειας Συμμόρφωσης	888-753-6533
Jordan Physician Associates, Inc.	Γραφείο Συμμόρφωσης και Επιχειρηματικής Συμπεριφοράς	508-210-5942
Joslin Diabetes Center	Γραφείο Συμμόρφωσης	617-309-1971
Lahey Clinic Hospital, Inc.	Γραμμή Απορρήτου	855-392-5782
Lahey Clinic, Inc.	Γραμμή Απορρήτου	855-392-5782
Lahey Health & Medical Center	Γραμμή Απορρήτου	855-392-5782
Lahey Medical Center, Peabody	Γραμμή Απορρήτου	855-392-5782
Beth Israel Lahey Health Primary Care, Inc	Γραμμή Απορρήτου	855-392-5782
Medical Care of Boston Management Corp., d/b/a Beth Israel Deaconess HealthCare a/k/a Affiliated Physicians Group	Γραφείο Συμμόρφωσης	617-754-0541
Mount Auburn Hospital	Υπεύθυνος Απορρήτου	617-441-1665
Mount Auburn Professional Services, Inc.	Υπεύθυνος Απορρήτου	617-441-1690
New England Baptist Hospital	Γραφείο Συμμόρφωσης	617-754-6575
New England Baptist Medical Associates, Inc.	Γραφείο Συμμόρφωσης	617-754-6575

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΟΝΤΟΤΗΤΩΝ**

<b>Οντότητα Ιατρικής Φροντίδας</b>	<b>Επαφή</b>	<b>Τηλεφωνικός Αριθμός</b>
Northeast Behavioral Health Corporation	Γραμμή Απορρήτου	855-392-5782
Northeast Hospital Corporation (Beverly Hospital)	Γραμμή Απορρήτου	855-392-5782
Northeast Senior Health Corp.	Γραμμή Απορρήτου	855-392-5782
Northeast Medical Practice, Inc.	Γραμμή Απορρήτου	855-392-5782
Northeast Professional Registry of Nurses Inc. d/b/a Lahey Health at Home	Γραμμή Απορρήτου	855-392-5782
Radiation therapy of Winchester, LLC	Γραμμή Απορρήτου	855-392-5782
Seacoast Affiliated Practice Group, Inc.	Γραμμή Απορρήτου	978-463-1108
Winchester Hospital	Γραμμή Απορρήτου	855-392-5782
Winchester Physician Associates Group, LLC	Γραμμή Απορρήτου	855-392-5782
Winchester Physician Associates, Inc.	Γραμμή Απορρήτου	855-392-5782

